

こども・(高齢) 重度障害者・ひとり親家庭等・高齢期移行者
医療費受給者証再交付申請書

No _____

次の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。

なお、既に交付を受けている受給者証を発見したときは、速やかに返還するとともに、紛失した受給者証による診療については貴市に負担をかけません。

令和 年 月 日

太
枠
内
を
ご
記
入
く
だ
さ
い

申請者	フリガナ	
	氏名	①
	住所	神戸市 区
	連絡先	— — ※日中に連絡が付く電話番号を記入してください。

神戸市 区長 宛 ※汚破損した受給者証を添付してください

受給者①	受給者番号							こ・障・高・ひ・移	
	氏名							理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (なくした) <input type="checkbox"/> 破損 (やぶれた) <input type="checkbox"/> 汚損 (よごれた) <input type="checkbox"/> 未到着 (とどいていない) <input type="checkbox"/> その他 ()
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日							

受給者②	受給者番号							こ・障・高・ひ・移	
	氏名							理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (なくした) <input type="checkbox"/> 破損 (やぶれた) <input type="checkbox"/> 汚損 (よごれた) <input type="checkbox"/> 未到着 (とどいていない) <input type="checkbox"/> その他 ()
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日							

受給者③	受給者番号							こ・障・高・ひ・移	
	氏名							理由	<input type="checkbox"/> 紛失 (なくした) <input type="checkbox"/> 破損 (やぶれた) <input type="checkbox"/> 汚損 (よごれた) <input type="checkbox"/> 未到着 (とどいていない) <input type="checkbox"/> その他 ()
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日							

備考欄						
-----	--	--	--	--	--	--

受領印	
-----	--

区役所処理欄	起案日:	年 月 日	公開の状況 <input type="radio"/> 公開 <input checked="" type="radio"/> 部分公開 <input type="radio"/> 非公開	交付方法	<input checked="" type="radio"/> 窓口 <input type="radio"/> 郵送	受付
	決裁日:	年 月 日		情報公開条例第10条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 1年	交付年月日	
	課長	担当係長	係		年 月 日	